

2. Недоношенность и гипоксические состояния в перинатальном периоде – наиболее частые факторы, способствующие развитию у новорожденных НЭК.
3. Смертность от НЭК имеет обратную зависимость от веса при рождении и формы заболевания.
4. Операция выбора у пациентов с НЭК – экономная резекция пораженных отделов кишечника с наложением кишечных стом.
5. Ведущее значение в результатах лечения НЭК имеют ранняя диагностика и начало адекватной консервативной терапии.

Литература:

1. Караваева, С.А. Хирургическое лечение некротического энтероколита: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2002.
2. Bell, E.F. // Pediatrics. – 2005. – Vol. 115. – P. 173–175.
3. Cotten, C.M. et al. // Pediatrics. – 2009. – Vol. 123 (1). – P. 58–66.
4. Bhatia, J. // Chinese Medical Journal. – 2010. – Vol. 123 (20). – P. 2759–2765.
5. Pietz, J. et al. // Pediatrics. – 2007. – Vol. 119. – P. 164–170.

ПЕРВИЧНЫЙ ОМЕНТИТ У ДЕТЕЙ

Аверин В.И., Рустамов В.М., Зельский А.А., Коростелев О.Ю.

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск
РНПЦ детской хирургии, Минск*

Введение. Заворот участка большого сальника (БС) относится к редким заболеваниям органов брюшной полости. По данным литературы, встречается в 0,08–0,1% экстренных операций [1–4].

Цель работы – анализ клинической картины и лечения детей с заворотом БС у детей в РНПЦ детской хирургии.

Материал и методы исследования. В ДХЦ с 2012 по май 2015 г. находилось на лечении 12 пациентов с заворотом и некрозом участка БС в возрасте от 2 до 12 лет, что составило 0,64% от всех экстренно оперированных (1861) за этот период. Мальчиков – 8, девочек – 4. Все дети поступили в стационар с направляющим диагнозом: «острый аппендицит?». До 6 часов – 1 ребенок; от 6 до 12–1; от 12 до 24–7, 3 – поступили позже суток от начала заболевания. Все пациенты были избыточного питания.

Результаты и их обсуждение. У всех 12 пациентов заболевание началось остро, появлялись непостоянные, несильные, ноющие, локализованные в мезогастральной области справа или слева боли в животе, температура была нормальной (6 чел.) или субфебрильной (6 чел.), рвоты не было ни у одного пациента. Ночью дети спали спокойно. При осмотре в приемном отделении со стороны живота на уровне пупка справа (10 чел.) или слева у 2 – имелась болезненность, усиливающаяся при глубокой пальпа-

ции, нечеткий дефанс был у 4 пациентов, положительные перитонеальные симптомы были у 4 детей. Ни в одном наблюдении не удалось пальпировать объемное образование в брюшной полости. Данные лабораторного исследования периферической крови свидетельствовали о лейкоцитозе в пределах $15,5\text{--}16,9 \cdot 10^9/\text{л}$ у 6 пациентов, с небольшим палочкоядерным сдвигом. У 6 детей общий анализ крови был в пределах возрастной нормы. УЗИ брюшной полости выполнено 5 детям при поступлении. Косвенные признаки заворота сальника выявлены у 3 из них с давностью заболевания более суток.

На основании анамнеза, данных осмотра и УЗИ первично правильный диагноз был заподозрен у 3. Учитывая давность заболевания, симптоматику, укладывающуюся в острый воспалительный, процесс в брюшной полости, а также в связи с невозможностью исключения атипичного расположения деструктивно измененного червеобразного отростка мы были вынуждены прибегнуть к оперативному вмешательству, причем предварительно 10 детям выполнена видеолапароскопия. Длительность наблюдения детей до операции составила от 1,5 до 4,5 часов у 5 пациентов, 6 часов – у 1 и у 6 – более 11 часов.

Эндоскопическая картина заворота БС у детей имела определенные особенности. Так, уже при панорамном осмотре брюшной полости обращали на себя внимание умеренное количество геморрагического выпота. Воспалительные изменения червеобразного отростка отсутствовали. При дальнейшем осмотре в области БС выявлялась зона инфильтрации диаметром от 3 до 10 см, овальной формы, плотная при инструментальной пальпации, с застойными расширенными венозными сосудами, с чередованием участков темно-багрового и ярко-красного цвета. Воспалительный процесс имел локализованный характер.

Эндовидеолапароскопия позволила не только поставить диагноз, но и выполнить лапароскопическую резекцию измененного участка сальника у 6 детей. Лапаротомия и резекция сальника выполнена у 4 после видеолапароскопии. У пациента, оперированного без предварительного эндоскопического обследования брюшной полости, диагноз заворота и некроза участка БС был поставлен при ревизии органов брюшной полости после определения отсутствия воспалительных изменений в червеобразном отростке. В мезогастрии справа патологический процесс локализовался у 10 детей, в правом и левом подпеченочном пространстве по 1 случаю.

У всех пациентов воспалительные явления в БС сочетались с перекрутом на $360\text{--}720^\circ$, и он не был спаян с соседними органами. При ревизии воспаленного участка БС не обнаружено зон размягчения. В брюшной полости содержался интенсивно окрашенный геморрагический выпот с хлопьями фибрина, вместе с тем фиброзных наложений именно в зоне воспаления не отмечено. У 1 пациента инфильтрат сальника располагался в области основания его правой половины в подпеченочном пространстве, в связи с чем лапаротомия выполнена в правом подреберье. Червеобразный

отросток удален у 8 пациентов. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия в течение 5–7 дней.

Выводы:

1. Заворот и некроз участка большого сальника у детей не имеет характерных клинических симптомов и встречается у детей с избыточной массой тела.
2. Методом выбора позволяющим поставить диагноз заворота и некроза участка большого сальника и выполнить операцию, является видеолaparоскопия.

Литература:

1. Диагностика и лечение перекрутов большого сальника у детей / Ю.Ю. Соколов [и др.] // Детская хирургия. – 2013. – № 4. – С.22–25.
2. Лапароскопия в диагностике и лечении заболеваний большого сальника у детей / А.Ф. Дронов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2003. – № 2. С. 17–20.
3. Поддубный И.В. Диагностика и лечение заболеваний большого сальника у детей. / И.В. Поддубный, В.О Трунов // Детская хирургия. – 2002.–№5. – С. 42–43.
4. Телешов Н.В. Перекрут сальника у детей. / Н.В. Телешов, М.В. Григорьева, А. Ф. Леонтьев // Детская хирургия. – 2008. – № 1.– С. 54–55.

ВИДЕОАССИТИРОВАННАЯ ПАХОВАЯ ГЕРНИОРАФИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Аксельров М.А., Столяр А.В., Сергиенко Т.В.

*ГБОУ ВПО Тюменский государственный медицинский университет
Минздрава России, ГБУЗ ТО ОКБ №2, Тюмень*

Введение. Врожденная паховая грыжа является одной из самых частых патологий в структуре хирургических заболеваний детского возраста [2]. Из всех операций, выполняемых детскими хирургами около 15% приходится именно на паховое грыжесечение [4].

В настоящее время в хирургии детского возраста все большую популярность завоевывают эндоскопические методы оперативного лечения. Это связано с лучшей визуализацией, меньшей оперативной травмой, уменьшением числа интра- и послеоперационных осложнений, а так же великолепным косметическим результатом.

Лапароскопия применяется и в лечении паховой грыжи. Используются трех-, дву- и однотракарные методики герниорафии [1, 3, 5].